

Selv mord Status Skjema

- *Et supplerende verktøy for kartlegging og vurdering av selvmordsfare på akuttpsykiatrisk avdeling*

Kandidat:

2



Masteroppgave i psykososialt arbeid

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging

UNIVERSITETET I OSLO

02.05.2011

Sammendrag

Denne studien tar for seg bruk av Suicide Status Form (SSF) som et supplement til kartlegging og vurdering av selvmordsfare på akuttpsykiatrisk avdeling. I forbindelse med den norske oversettelsen av SSF, ble skjema brukt i et pilotprosjekt for å teste ut hvordan dette fungerte i norsk oversettelse. Prosedyren ble administrert av sykepleiere på avdelingen. Utvalget var suicidale pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk sengepost i perioden september 2009 til august 2010. Den overordnede hensikten med denne studien har både vært å undersøke psykometriske egenskaper, samt hvordan SSF ser ut til å fungere som prosedyre på en akuttpsykiatrisk sengepost.

Resultater: Studien gir en beskrivelse av utvalgets opplevelse av belastning i forhold til begrepene i SSF; *psykisk smerte, stress, indre uro, håpløshet og selvhat*. Utvalget angav et gjennomsnittlig høyt lidelsestrykk, målt ut fra score på begrepene. Den interne validiteten mellom begrepene ble undersøkt, og korrelasjonsforholdet mellom begrepene viste seg å ikke være høyt. Dette gir evidens for at begrepene representerer selvstendige mål og ikke er overflødige i forhold til hverandre. Videre ble det undersøkt om den angitte belastningen på de enkelte begrepene har betydning for liggetiden på akuttpsykiatrisk avdeling. Eneste begrep som signifikant korrelerte med liggetid, var psykisk smerte. Høy score på psykisk smerte var forbundet med lenger liggetid. Kvalitative beskrivelser i SSF ble kodet ved bruk av en kodemanual (Jobes 2006), hvor manualens interraterreliabilitet ble testet. Enigheten mellom to kodere viste seg å være noe lavere enn ønskelig og i behov av forbedring. Den erfarte nytteverdien av SSF ble undersøkt ved å gjennomføre en spørreundersøkelse blant behandlingspersonalet som hadde brukt skjema. Tilbakemeldingene fra miljøpersonell og behandlere viste at SSF var godt egnet til å tematisere suicidalitet med pasient, at det fungerte godt som prosedyre i en akuttpsykiatrisk sammenheng og frembrakte supplerende opplysninger om selvmordsproblematikk. Det var positive tilbakemeldinger på at SSF skulle bli implementert del av behandlingen på akuttpsykiatrisk avdeling etter at prosjektperioden var over.

ABSTRACT:

This study examines the use of the Suicide Status Form (SSF), as a supplement to the assessment of suicide risk in an acute psychiatric setting. After the SSF was translated into Norwegian, the SSF was applied in a pilot project to test whether the Norwegian translation functioned satisfactorily. The procedure was administered by nursing staff. The sample consisted of suicidal patients, admitted to an acute psychiatric ward in the period September 2009 to August 2010. The primary purpose of this study has been to examine the psychometric properties of the SSF and to investigate whether the use of the instrument is feasible in assessment and treatment of suicidal inpatients admitted acutely to a psychiatric ward.

Results: The study provides a description of the sample's experience of burden in relation to concepts of mental pain, stress, agitation, hopelessness and self-hate. The informants reported high scores on the concepts. The internal validity of the concepts was examined, where the results of the Spearman correlations showed that none of the correlations was high. This provides evidence that the concepts are not redundant with each other, and represent independent measures. Furthermore, it was investigated whether the specified condition of each item was related to the length of treatment. Mental pain was the only concept that significantly correlated with the length of treatment. High scores on the concept of mental pain were related to longer length of hospital stay. Qualitative responses, obtained in the SSF, have been encoded using a code manual (Jobes 2006), where the manual's inter-rater reliability was tested. Agreement between two coders proved to be somewhat lower than desirable and in need of improvement. The experienced utility of the SSF was investigated by conducting a survey among treatment staff, which had used the SSF during the test period. Feedback from the nursing staff and clinicians showed that SSF was a procedure well suited to address suicidality. Furthermore, SSF worked well as procedure, added additional information about suicide issues and was recommended to continue as an implemented part of treatment at the acute psychiatric ward.

FORORD

Tidlig i arbeidet med masteroppgaven min, fikk jeg et godt råd av professor Egil Martinsen; *”spør erfarne fjellfolk”*. Jeg fulgte rådet og oppdaget raskt hvor viktig det var å få veiledning og gode råd av en person som er erfaren og kjent på interesseområde mitt. Jeg har opplevd at det er lett ”å gå seg vill” i en arbeidsprosess, men veileder har underveis guidet meg på fornuftige veier mot målet! En stor takk til min veileder, forsker / sjefpsykolog Fredrik. A. Walby, for glimrende innsats. Denne oppgaven er en oppfølger til prosjektoppgaven jeg skrev i videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, UiO (2009). I den oppgaven skrev jeg om hvordan Selvmord Status Skjema (SSF) brukes i møte med suicidale pasienter. I denne studien har jeg fått muligheten til å følge opp og undersøke hvordan SSF fungerer i praksis. Det har vært en positiv utfordring å koordinere et pilotprosjekt som til tider har krevd mye innsats. Det har vært spennende å stå som ansvarlig for opplæringen av de som skulle administrere SSF, og som ”skjemaets ambassadør” sørge for at det ble brukt regelmessig. Denne masteroppgaven er skrevet med uunnværlig støtte fra Psykiatrisk Akuttavdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Jeg vil takke sykehuset for å ha bidratt med økonomiske midler og veiledning gjennom prosjektet, og en spesiell takk til min leder, Jørgen Strand, som har lagt til rette for at dette prosjektet kunne gjennomføres på avdelingen. Jeg vil også takke miljøpersonalet på inntaksposten som har vist positivt engasjement og interesse for prosjektet. En spesiell takk til min kollega, Geir Bruaset, for arbeidet med å kode beskrivelser i SSF.

Takk til min kjære kone, Marianne for arbeidet med gjennomlesning og korrektur.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	i
ABSTRACT.....	ii
FORORD.....	iii
INNLEDNING.....	1
Nasjonale retningslinjer	2
Tilgjengelige instrumenter for kartlegging av suicidalitet.....	2
Suicide Status Form (SSF).....	3
Psykometriske egenskaper ved SSF.....	4
Håndtering av suicidalitet ved akuttpsykiatrisk avdeling.....	5
Problemstillinger.....	7
METODE.....	9
Materiale.....	9
Opplevd nytteverdi av SSF.....	9
Prosedyre.....	9
Statistiske prosedyrer.....	10
Etiske overveielser.....	11
RESULTATER.....	12
Utvalg og gjennomsnittscore på SSF elementer.....	12
Intern sammenheng mellom de fem psykologiske begrepene i SSF	13
Sammenheng mellom kjernespmåål i SSF og liggetid.....	13
Inter-rater reliabilitet ved kvalitative beskrivelsene.....	14
Opplevd nytteverdi av SSF.....	14
DISKUSJON.....	16
Utvalg og gjennomsnittscore på SSF elementer.....	16
Intern sammenheng mellom de fem psykologiske begrepene i SSF.....	18
Inter-rater reliabilitet.....	18

Sammenheng mellom kjernesporsmål og liggedøgn.....	20
Opplevd nytteverdi for miljøpersonell og behandlere.....	21
AVSLUTNING.....	23
Styrker og svakheter.....	23
Oppsummerende konklusjon.....	23
LITTERATURLISTE.....	25
Selvvalgt litteratur.....	I
Obligatorisk pensumliste.....	VI
VEDLEGG:	
Vedlegg 1: Suicide Status Form (SSF) Norsk oversettelse	
Vedlegg 2: Tilrådning av Personvernombud (PVO)	

Innledning

I 2009 ble det rapportert vel 570 selvmord i Norge. Dette er det nest høyeste selvmordstallet siden 1993 (Statistisk Sentralbyrå). En rekke tidligere studier har vist at mer enn 90% av de som tar sitt eget liv har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Cavanagh, Carson, Sharp et al. 2003), og at det å ha vært innlagt i psykisk helsevern har en populasjonsattribuerbar risiko på 40 % (Qin, Agerbo, Mortensen 2003). Dette betyr at pasienter som behandles i psykisk helsevern er en høyrisikogruppe for selvmord. En annen studie viser at 25% av alle som gjennomførte selvmord i Oslo i perioden 1992-1997 hadde vært innlagt i psykisk helsevern senest 3 år før selvmordet (Walby, Ødegaard, Mehlum 2009). Det er sterk evidens for at en betydelig andel pasienter som skrives ut fra behandling i psykisk helsevern, senere vil komme til å dø i selvmord. Omfanget av suicidalitet i en bredere forstand, hvor også selvmordstanker eller forsøk regnes inn er stort, og studier har vist at denne problematikken er involvert i 50 – 70 % av alle innleggelser i psykisk helsevern (Walby et al 2005, Ruud et al 2006). Dessverre finnes det begrenset kunnskap om i hvor stor grad psykisk helsevern forebygger selvmord (Brown 2007, Paris 2007). Mye av forklaringen ligger i forskningsetiske begrensninger. Eksempelvis har de fleste randomiserte kliniske studier forsøkt å undersøke effekten av en målrettet intervensjon og vil i randomiseringen ekskludere personer som har høy risiko for selvmord (Pearson, Stanley, King & Fisher, 2001). Siden inkludering og ekskludering av suicidale personer til en behandling vil skje randomisert, vil forskningsetiske komiteer kunne anse studien som uetisk eller for risikabel (Linehan, 1997). I dette ligger etiske overveielser som sier at man kan ikke risikere livet til noen pasienter for å finne ut om en behandling har god effekt på andre. I tillegg er selvmord et relativt lavfrekvent fenomen, og selv i høyrisikogrupper med psykisk lidelse som schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, rusmisbruk og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er selvmordsraten lav (<10%) (Paris 2007). Dette vil derfor vanskeliggjøre kliniske studier hvor hensikten er å undersøke selvmordsforebyggende effekten av en intervensjon.

Nasjonale retningslinjer

Psykiatriske avdelinger behandler et betydelig antall suicidale pasienter hvert år, og vil derfor være avhengig av høy kompetanse hos behandlingspersonalet. I USA ble det publisert nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i 2001 (Brown 2007). Det ble samtidig etablert retningslinjer som var spesifikt rettet mot mennesker med psykisk lidelse, siden denne gruppen var sterkt assosiert med selvmord (ibid). I mangel av nasjonale retningslinjer i Norge vokste det frem lokale veiledere med varierende kvalitet og innhold. Det var derfor et behov for nasjonale retningslinjer som spesifikt var rettet mot psykisk helsevern (Sosial og helsedirektoratet 2008).

I 2008 utga Helsedirektoratet *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* som et viktig tiltak i forebygging av selvmord i denne utsatte gruppen. Retningslinjene beskriver krav til opplæring og nødvendig kompetanse, samt forslag om felles begreper for akutte beskyttelsestiltak. I tillegg er det forslag til ulike prosedyrer for bl.a. vurdering av selvmordsrisiko. I følge retningslinjene bør alle ansatte som har pasientkontakt få nødvendig undervisning i prosedyrer for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Dette med sikte på at de til enhver tid skal være kvalifisert for sine arbeidsoppgaver (Sosial og helsedirektoratet 2008). Alle ansatte på psykiatriske avdelinger bør derfor få innføring og kjennskap til innholdet i det selvmordsforebyggende arbeidet ved avdelingen, samt hvilke retningslinjer som gjelder for hver yrkesgruppe. Ansatte bør vedlikeholde denne kunnskapen gjennom oppfølgende kurs og ved regelmessig praktisering i behandling av suicidale pasienter.

Tilgjengelige instrumenter for kartlegging av suicidalitet

Å predikere hvem som kan komme til å ta sitt eget liv er i utgangspunktet svært vanskelig. Dette fordi selvmord er et relativt sjeldent fenomen, og fordi kjente risikofaktorer har lav sensitivitet og lav spesifisitet (Mork, Mehlum, Walby 2009). Det vil i mange tilfeller føre til usikkerhet i forhold til den aktuelle risikoen for selvmord, selv etter risikovurderinger er gjennomført. Brown (2007) laget en oversikt over tilgjengelige instrumenter til bruk for kartlegging og vurdering av selvmordsfare. I denne oversikten inndeles instrumentene etter kategorier som; selvmordstanker og adferd, dødelighetsfaren ved selvmordsforsøk, håpløshet og grunner for å leve. Selv om flere av instrumentene ikke direkte undersøker suicidalitet, er de tatt med på

bakgrunn av at de kartlegger områder som har nær assosiasjon til selvmord (Brown 2007). Instrumentene i denne oversikten har både god validitet og reliabilitet, men vil også ha lav sensibilitet og særlig spesifisitet. Undersøkelser har vist at de fleste av instrumentene ikke blir brukt rutinemessig i klinisk praksis (Jobes et al., 2004, Jobes 2006). Kliniske undersøkelser foreslår at noe av forklaringen kan ligge i at behandlere tror at instrumentene tar for lang tid å bruke. En annen faktor som kan forklare manglende bruk, er at det er vanskelig å oversette tallverdier til klinisk forståelig informasjon, eller at behandlere tror at slike verktøy vil kunne virke frastøtende på suicidale pasienter (ibid). Oversikten til Brown (2007) viser at det lenge har vært et behov for å utvikle instrumenter til kartlegging av suicidalitet. Bruk av instrumenter kan bl.a. være med på å sikre at viktige kartleggingsområder ikke glemmes ved undersøkelse av pasienten. Som en direkte respons til dette har Jobes og kollegaer (1997) utviklet et annerledes instrument til klinisk vurdering og planlegging av behandling. Dette vurderer både kvantitative og kvalitative aspekter ved selvmordsfare (Conrad 2009). Instrumentet kalles Suicide Status Form (SSF) og er en sentral del i det manualbaserte behandlingsopplegget CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) (Jobes 2006). I følge Range (2005) er SSF et av de mest utbredte instrumenter i nåværende klinisk praksis.

Suicide Status Form (SSF)

Første del av SSF består av spørsmål som omhandler fem sentrale suicidologiske begreper med omfattende teoretisk relevans og empirisk støtte; *psykisk smerte*, *stress*, *indre uro* (Shneidman 1993), *håpløshet* (Beck 1985) og *selvhat* (Baumeister 1990). I følge Jobes (2006) er dette viktige områder å kartlegge fordi de kan være forbundet med økt risiko for selvmord. Pasientene skårer hver og en av dimensjonene kvantitativt på en skala fra 1 til 5. Etter hver kvantifisering, bes pasienten kort beskrive kvalitativt hva som representerer tallverdien. Informasjonen som kommer frem her vil bidra til at den gitte tallverdien gir mer klinisk relevans for den eller de som behandler pasienten. Tallverdien sier noe om lidelsestrykket og det beskrivende svaret sier noe om hva som representerer lidelsestrykket.

I skjemaets andre del kartlegges pasientens selvmordsfare i form av spørsmål som direkte omhandler pasientens egen beskrivelse av suicidale forestillinger og relaterte forhold. Denne delen vektlegger i hovedtrekk forhold som kan forhøye faren for selvmord og identifiserer beskyttende faktorer. Som en del av denne vurderingen blir

det kartlagt om suicidaliteten er forankret i tanker og følelser knyttet til seg selv, eller i relasjonelle problemer. Pasienten bruker ovennevnte skala til å score i hvilken grad de ønsker å leve eller dø. En pasient som skårer høyest mulig på ønsket om å dø, vil kunne formidle at – ”dersom tilstanden min ikke får en forandring i riktig retning, - vil selvmord være et middel for å oppnå denne forandringen”. Selv om pasienten angir et sterkt ønske om å dø, vil pasienten samtidig kunne ha et ønske om å leve, hvorav ambivalens kan komme til uttrykk. Pasienten oppfordres til å skrive ned argumenter for å leve, og argumenter for å ville dø. I følge Jobes (2006) kan man ut fra disse svarene kartlagt viktig informasjon om pasientens tilgjengelige relasjonelle ressurser og iboende beskyttende verdier. Suicidale personer vil lettere kunne argumentere for å dø, og har gjerne større problemer med å finne grunner til å leve. Her vil motivering og støtte være viktig (ibid). Kvalitative beskrivelser tilknyttet de fem psykologiske begrepene fremkommer ved at pasienter fullfører følgende setninger: *Det jeg opplever som mest smertefullt er:..., Det jeg opplever som mest stressende er:..., Jeg får impulsive behov for å gjøre noe når:..., Jeg opplever mest håpløshet i forhold til:..., Det jeg hater mest med meg selv er:...* Det ble utviklet en kodemanual ble for kvalitative beskrivelser (Jobes et al. 2004,2006), og i denne fremkommer det en rekke kategorier som hver enkel beskrivelse kodes etter. For eksempel vil beskrivelsen ”forholdet til min familie” bli kodet inn under kategorien, *relasjonell*. (Det betyr at utsagnet handler om relasjonelle problemer.) Kategoriene i kodemanualen ble utviklet ved at kategoriene i flere gjennomganger gradvis ble redusert og slått sammen til kategorier som dekket større områder.

Psykometriske egenskaper ved SSF

Det finnes en studie som har foretatt inter-rater reliabilitetsanalyse, og denne viser at kodemanualen fungerte godt (Jobes 2004). Enigheten mellom to opplærte kodere var sterk innfor alle kjernes spørsmålene i SSF, og graden av enighet ble rapportert med Cohens kappa: Psykisk smerte= 0.85 (N=129); Stress= 0.88 (N=113); Indre uro= 0.88 (N=118); Håpløshet=0.90 (N=131); Selvhat=0.86 (N=127). Alle Kappa koeffisienter var signifikante på $p<0.01$ nivå (Jobes 2004). Utvalget i studien var polikliniske pasienter og ble i følge Jobes (2004) ikke regnet for å være en gruppe med akutt risiko for selvmord.

Andre psykometriske egenskaper ved SSF er også undersøkt. En korrelasjonsanalyse (Conrad 2009) viste at ingen av korrelasjonene mellom skalaene var høye, noe som igjen viser at de fem elementene ikke er overflødige i forhold til hverandre. Den høyeste sammenhengen var mellom håpløshet og selvhat ($r = 0.62$), og mellom håpløshet og psykisk smerte ($r = 0.59$). Konvergerende validitet er studert ved å måle korrelasjon mellom SSF og 9 etablerte måleinstrumenter som måler lignende begreper. *Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale* (OMMP) er eksempelvis et instrument bestående av 45 spørsmål som måler psykisk smerte. Et annet eksempel er *Beck Hopelessness Scale* (BHS) som består av 20 selvrappporterte sant/usant-spørsmål. Dette instrumentet måler håpløshet innfor tre aspekter: følelser om fremtiden, tap av motivasjon og forventninger. Studien til Conrad (2009) viste at SSF hadde god konvergerende validitet ved at det var signifikant korrelasjon mellom begrepene i SSF og de etablerte måleverktøyene det ble målt opp mot. Dette forteller at de psykologiske begrepene i SSF kan adresseres direkte, uten at det nødvendigvis trengs mer omfattendes måleinstrumenter for å undersøke pasientens belastning på disse.

Håndtering av suicidalitet ved akuttpsykiatrisk avdeling

Det store omfanget av suicidal atferd på akuttpsykiatriske avdelinger medfører flere utfordringer i forhold til å utvikle og opprettholde gode rutiner for miljøterapeutiske tilnærminger. Selvmordstruede pasienter vil ofte skape bekymringer, både blant behandlingspersonalet og pasientens nærmeste pårørende. Obligatoriske kurs for å heve den faglige kompetansen er et nødvendig tiltak, men trolig trengs det flere tiltak for å opprettholde og vedlikeholde denne kompetansen.

En undersøkelse av sykepleiere (miljøterapeuter) på akuttpsykiatrisk inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus viste at det var behov for mer aktive, standardiserte og systematiserte prosedyrer for kartlegging av selvmordsfare (Veland & Walby 2010). En av de miljøterapeutiske oppgaver på akuttpsykiatrisk avdeling er å observere og kartlegge symptomer hos pasienter med selvmordsproblematikk. I undersøkelsen fremkom det at også det var betydelige individuelle forskjeller i forhold til hvordan observasjon og kartlegging av symptomer hos pasienter med selvmordsproblematikk ble utført. Miljøpersonalet opplevde å mangle en prosedyre i tilknytning til denne viktige oppgaven (ibid). En standardisert prosedyre for

kartlegging av selvmordsfare vil kunne føre til at kvaliteten på utførelsen av denne oppgaven vil bli på et høyere og jevnere nivå, og bidra til å kvalitetssikre behandlingen av suicidale pasienter (Veland 2009). Vi har derfor vært opptatt av å finne en prosedyre som administreres av miljøterapeuter, hvor miljøterapeut har en aktiv og sentral rolle i utførelsen. Det var viktig at en ny kartleggingsprosedyre ikke ble en variant av allerede eksisterende prosedyrer, og på den måten bare repeterte vurderingen av selvmordsfaren som ble gjort av mottagende lege. Fokuset skulle rettes mot områder ved suicidalitet som ennå ikke var etablert i en standardisert prosedyre, slik at prosedyren skulle kunne tilføre supplerende kartleggingsinformasjon. Selv om rene miljøterapeutiske observasjoner av pasienters adferd i posten er viktig i både kartlegging og vurdering av selvmordsfare, er det hovedsaklig gjennom samtale eller verbale meddelelser at suicidalitet kartlegges på avdelingen. Vi så derfor for oss at en ny prosedyre skulle ha et dialogfremmende fokus, hvor pasientenes personlige opplevelse av situasjonen ivaretas. Begrepet suicidalitet dekker et stort og omfattende område, og vi anså et behov for å etablere et kartleggingsverktøy for å nyansere suicidale tilstander. Da kan man bedre belyse problemområder som er spesielle for hver enkel pasient, og for å oppnå dette vil det være viktig at pasientens svar ikke utelukkende er ferdigformulerte svaralternativer. En ny prosedyre må kunne åpne for pasientens egne beskrivelser. Hvilke risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som har betydning i den aktuelle situasjonen kan dermed identifiseres ut fra pasientens perspektiv. Flere skjema som kartlegger ulike områder innfor suicidalitet ble vurdert i forbindelse med utvikling av den nye prosedyren, men de fleste tilgjengelige skjema inneholdt ikke de egenskapene vi var ute etter. Hovedgrunnene var eksempelvis at de overveiende hadde ferdigformulerte svaralternativer, spesifikt rettet mot bestemte områder ved suicidalitet og manglet terapeutisk potensial. Suicide Status Form (SSF) ble valgt på bakgrunn av bakenforliggende behandlingsfilosofi som brukermedvirkning, samarbeid og fokus på en behandlingsorientert dialog. SSF syntes for oss å passe godt inn i behandlingssystemet på akuttpsykiatrisk avdeling (AKU). Den nye prosedyren ble evaluert gjennom et pilotprosjekt på akuttpsykiatrisk inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, i perioden september 2009 til august 2010. De foreløpige erfaringer vi har tilsier at rutinemessig bruk av SSF øker omfanget av klinisk relevant informasjon til bruk i vurdering og behandling av pasienter med selvmordsfare i en

akuttpsykiatrisk sengepost. Erfaringen er også at bruk av SSF kan fremme nye og mer aktive måter å reflektert rundt selvmordstanker og impulser på (Veland 2010).

Problemstillinger

Hovedmålet med denne studien var å prøve ut hvordan SSF fungerer i Norsk oversettelse og om dette var et egnet instrument for bruk på en akuttpsykiatrisk sengepost. Jeg ville undersøke om prosedyren tjente sin hensikt som et supplement til en mer helhetlig vurdering av suicidale tilstander. Det var også et mål å undersøke i hvilken grad SSF gav tverrfaglig klinisk nytteverdi, fra perspektivet til sykepleiere som administrer prosedyren og behandlingsansvarlige leger. For å undersøke disse forholdene ble problemstillingene inndelt på følgende måte:

1) Beskrive utvalgets score på kjernespørsmålene i SSF. Deretter studere den interne sammenhengen mellom kjernespørsmålene. Jeg ville se om utvalget anså begrepene i SSF som relevante for sin tilstand ved å se på svarprosent og gjennomsnittsverdier. Jeg ville også teste psykometriske egenskaper ved å kontrollere om begrepene i SSF representerer selvstendige mål og at utvalget evnet å skille mellom begrepene.

2) Studere eksternt sammenheng mellom liggetid og kjernespørsmål i SSF. Bakgrunnen for dette spørsmålet var at en tidligere studie (Conrad 2009) viste at SSF signifikant skilte mellom vedvarende suicidalitet (non-resolvers) og forbigående suicidalitet (acute-resolvers). Psykisk smerte, håpløshet og selvhat var overveiende representert i gruppen med vedvarende suicidalitet, mens gruppen med forbigående suicidalitet overveiende var representert av stress og indre uro (ibid). Hypotesen var at siden psykisk smerte, håpløshet og selvhat er forbundet med vedvarende suicidalitet, vil disse begrepene også være forbundet med lenger liggetid på akuttpsykiatrisk avdeling.

3) Undersøke psykometriske egenskaper ved kodemanual for de kvalitative beskrivelsene i SSF. Kodemanualen som er brukt, er ikke testet tidligere i norsk sammenheng. Jeg ville undersøke om kodemanualen gav tilstrekkelig reliabilitet på kodingen av de kvalitative svarene.

4) Studere hvilken opplevd nytteverdi miljøpersonell og behandlere i pilotprosjektet har hatt av SSF. For at psykometriske instrumenter skal bli tatt i bruk regelmessig i et behandlingssystem er det helt nødvendig at de som bruker det opplever verktøyet som nyttig. Videre bruk av SSF vil derfor være avhengig av positive tilbakemeldinger i forhold til brukervennlighet og opplevd klinisk nytteverdi

Metode

Materiale

Utvalget er pasienter innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling (AKU), Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Pasientene er hovedsaklig innlagt etter henvisning fra Tøyen DPS, Lovisenberg DPS, Oslo kommunale legevakt eller fastlege. AKU tar i mot pasienter som er i behov av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Det er brukt en autorisert norsk oversettelse (Veland & Walby 2010) av Suicide Status Form (SSF) (Jobes 2006). Inklusjonskriteriene var at de var frivillig innlagt etter § 2.1 i psykisk helsevernloven, at selvmordsproblematikk utgjorde en hovedtyngde i innleggelsesgrunnlaget eller at selvmordsproblematikk fremkom i inntakssamtale. Pasienter som ble lagt inn med andre innleggelsesbegrunnelser enn selvmordsproblematikk, ble inkludert dersom det fremkom selvmordsproblematikk i inntakssamtale, adferd eller meddelelser utenfor strukturerte samtaler. Eksklusjonskriterier var psykotiske pasienter og pasienter som var synlig ruspåvirket.

Opplevd nytteverdi av SSF

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant miljøpersonell og behandlere etter at pilotprosjekt på AKU var ferdig. Dette ble gjort for å evaluere den opplevde nytteverdien ved bruk av SSF. Av miljøpersonell var det sykepleiere, en psykiatrisk hjelpepleier og spesialsykepleiere som ble spurt (N=13). Det var både ansatte i full stilling og deltids ansatte. Av behandlere (N=5) var det fire psykiatere og en lege i spesialisering som svarte.

Prosedyre

Ved inntak ble pasienten tatt i mot av vakthavende lege hvor det bl.a. ble foretatt en selvmordsrisikovurdering i tråd med Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2008). Bruken av SSF er ment å gi supplerende kartleggingsinformasjon, og hvilke pasienter som skulle gjennomgå SSF ble vurdert av miljøterapeut, lege og psykiater i fellesskap. Skjemaet ble administrert ved at sykepleierne i posten satt sammen med pasienten, veiledet og motiverte for utfyllingen. Hvilke spørsmål som ble besvart, hvor lang tid utfyllingen tok og hvor mye pasienten ønsket å formidle var opp til pasienten selv. I følge vår prosedyre

skulle skjema brukes så raskt som mulig etter innleggelsen, men med forutsetning om at pasienten hadde fått tid til å samle seg noe. Pasienter som ble innlagt sent på kvelden eller i løpet av natten gjennomgikk derfor skjema påfølgende dag. Pasienten fylte ut SSF i papirformat. Deretter overførte sykepleier resultatene til en utarbeidet elektronisk versjon i avdelingens databaserte journalsystem, slik at informasjonen fra SSF ble tilgjengelig for alt involvert behandlingspersonell. Etter at SSF var gjennomført, ble det gjort en oppsummering sammen med pasienten, for å finne realistiske behandlingsmål. En hensikt med dette var å få pasienten aktivt involvert i behandlingsopplegget. I følge Wråle (2009) kan dette sees på som en planleggingsfase av hvilke arbeidsoppgaver som skal prioriteres for å lindre pasientens lidelse eller løse noen problemer. Som en del av prosjektet ble kodemanualen for kvalitative beskrivelser (Jobes 2004,2006) oversatt til norsk. Kvalitative beskrivelser knyttet til kjernespørsmålene er kodet av to psykiatriske spesialsykepleiere. Beskrivelser fra 106 pasienter ble kodet fortløpende ved å knytte et tall til hver beskrivelse. Dette tallet representerte en kategori i kodemanualen. Kodemanualen har en kort forklaring knyttet til hver av kategoriene, og dette er en forklaring på hva beskrivelsen skal inneholde for å falle inn under den bestemte kategorien. I tillegg gis det eksempler på beskrivelser som er typiske for kategorien. Utover forklaringen i selve kodemanualen, fikk ikke koderne opplæring. Jeg ville teste kodemanualens reliabilitet med begrenset kodeopplæring, og var interessert i å se hvor godt manualen fungerte på et utvalg av akuttinnlagte suicidale pasienter. Etter at alle beskrivelsene var ferdig kodet ble kodene lagt inn i SPSS og analysert.

Statistiske prosedyrer

Alle analyser ble utført i SPSS statistics 18. Gjennomsnittsanalyse ble gjort for å finne utvalgets sentraltendens innfor flere områder som alder, liggedøgn og antall innleggelser. Denne analysen ble også gjort på kjernespørsmålene i SSF, samt egenvurdert fare for selvmord. For å undersøke om det var signifikant kjønnsmessig forskjell på gjennomsnittet ble det gjennomført t-test. Spearman korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å måle den interne sammenhengen mellom kjernespørsmålene i SSF. Sammenheng mellom kjernespørsmål i SSF og liggetid ble målt for å undersøke om noen av begrepene var forbundet med kortere eller lenger behandlingstid. Det ble også her benyttet Spearman korrelasjonsanalyse. Interraterreliabilitet ble målt med

Cohen's kappa statistikk (k), hvor det er benyttet Altmans (1991) foreslåtte skala for krav til k -verdier.

Etiske overveielser

Det ble sendt søknad til personvernombud (PVO) som tok stilling til om prosjektet skulle sendes Regional Etisk Komité (REK). Kartleggingsverktøyet SSF ble regnet som en behandlingsprosedyre på AKU, og fordi at det ikke ville utgjøre noen forskjell i behandlingen pasientene fikk, ble prosjektet tilrådd av PVO uten å involvere REK.. Prosjektet ble klassifisert som kvalitetssikring av eget arbeid, og vil i følge PVO derfor ikke regnes som et forskningsprosjekt.

Resultater

Utvalg og gjennomsnittscore på SSF elementer

Utvalget bestod av 59 kvinner med gjennomsnittsalder 35.4 år og 47 menn med gjennomsnittsalder 39.3 år. Kvinnene hadde i flere tidligere innleggelser enn mennene. N=43 (41%) hadde førstegangs innleggelse på AKU. Det var lite kjønnsmessig forskjell på gjennomsnitts liggetid på avdelingen (Tabell 1).

Tabell 1: Utvalg

	Mann N = 47				Kvinne N = 58				Total N = 106			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Alder	39.4	13.4	19	79	35.4	12.9	19	68	37.2	13.2	19	79
Liggedøgn	6.87	6.6	1	27	6.78	5.1	1	24	6.82	5.7	1	27
Innleggelser	3.17	4.0	1	25	4.95	7.3	1	41	4.16	6.1	1	41

Gjennomsnittsscoren på de fem psykologiske begrepene viser seg å være høyere hos kvinner enn menn på psykisk smerte, håpløshet og selvhat, mens menn skårer høyere enn kvinner på stress og indre uro. Det er høye gjennomsnittsverdier med høy median (4.0) som viser at minst 50% av utvalget har angitt skåren 4 eller høyere på de fem kjernespørsmålene. Resultatene fra t- test viser at det ikke er signifikant forskjell på gjennomsnittscoren mellom kjønn. På psykisk smerte, indre uro og håpløshet ser man trender til at forskjellene er signifikant på 10% nivå (Tabell 2).

Tabell 2: Gjennomsnittscore på de fem psykologiske dimensjonene i SSF.

	Mann				Kvinne				Total				
	N	M	SD	Median	N	M	SD	Median	N	M	SD	Median	t- test
Psykisk smerte	47	3.89	.98	4.0	58	4.24	1.0	5.0	105	4.09	1.0	4.0	0.079
Stress	47	4.15	.97	4.0	59	4.15	1.1	4.0	106	4.06	1.0	4.0	0.425
Indre uro	45	3.73	1.0	4.0	56	3.32	1.3	4.0	101	3.50	1.2	4.0	0.092
Håpløshet	47	3.62	1.1	4.0	58	4.02	1.1	4.0	105	3.84	1.1	4.0	0.085
Selvhat	46	3.30	1.1	3.0	57	3.67	1.4	4.0	103	3.50	1.3	4.0	0.164
Egenvurdert fare for selvmord	47	2.81	1.3	3.0	55	3.11	1.3	3.0	102	2.97	1.3	3.0	

Intern sammenheng mellom de fem psykologiske begrepene i SSF

Korrelasjonsanalyse mellom de fem kjernespørsmålene viser at de høyeste korrelasjonene er mellom stress og indre uro (0.450), psykisk smerte og stress (0.419) og mellom psykisk smerte og håpløshet (0.421) (Tabell 3). Ingen av korrelasjonene var veldig høye, noe som betyr at hvert av kjernespørsmålene ikke er overflødig i forhold til hverandre eller avhengige av hverandre.

Tabell 3: Inter element korrelasjon av fem SSF begreper og liggedøgn

	1	2	3	4	5	Liggedøgn
Psykisk smerte (1) N		.419** 105	.338** 101	.421** 105	.403** 102	.416** 105
Stress (2) N			.450** 101	.246 105	.210 103	.071 102
Indre uro (3) N				.063 101	.240* 99	-.088 101
Håpløshet (4) N					.339** 102	.187 105
Selvhat (5) N						.153 103

** Korrelasjon er signifikant på 0.01 nivå (2-halet)

* Korrelasjon er signifikant på 0.05 nivå (2-halet)

Sammenheng mellom kjernespørsmål i SSF og liggedøgn

Resultatet fra t – test ($p = 0.93$) viser ingen signifikant kjønnsmessig forskjell på liggetid. Gjennomsnitt liggetid for utvalget er 6.82 døgn (Tabell 1). Eneste element i SSF som korrelerer signifikant med liggetid er psykisk smerte (0.416) (Tabell 3). Overordnet ser vi liten sammenheng mellom liggetid og kjernespørsmål i SSF.

Inter-rater reliabilitet ved kvalitative beskrivelsene

De kvalitative beskrivelsene ble kodet inn i kategorier og plassert i den kategorien som lå utsagnet nærmest. Av alle pasientene (N=106) var det til sammen 383 beskrivelser som ble kategorisert. Gjennomsnitt på antall beskrivelser var 3.6 (SD 1.6) og median 4.0. Inter-rater reliabiliteten ble målt hvor enigheten mellom to kodere viste seg å variere fra dårlig (0.20) til god (0.65). Indre uro skiller seg ut som den variabelen med laveste enighet mellom koderne (Tabell 4).

Tabell 4: Inter-rater reliabilitet av kvalitative beskrivelser i SSF

	N	Kappa
Psykisk smerte	86	.547
Stress	89	.509
Indre uro	70	.203
Håpløshet	73	.586
Selvhat	66	.654
Total	383	.500

Opplevd nytteverdi av SSF

Miljøpersonalet: 12 av 13 (92%) av miljøpersonalet svarer at SSF er et nyttig verktøy for å komme i dialog rundt suicidalitet med pasienter som har denne problematikken, og at prosedyren er anvendelig i praksis. Samme antall svarer at SSF er godt egnet til å få frem pasientens refleksjoner og opplevelse av hva som representerer suicidaliteten, og at SSF bidrar til at kartleggingen blir mer systematisk og standardisert. 8 av 13 (61.5%) mener at SSF er godt egnet til å få frem informasjon som kan bidra til å få et bedre bilde av hva som er aktuelle problemer ved individuell selvmordsproblematikk. 10 av 13 (77%) svarer at SSF bør fortsette som prosedyre etter at pilotprosjektet er ferdig.

Behandlere: Alle behandlerne svarer at de synes SSF er konstruert på en måte som er godt egnet til å få frem pasientens opplevelse av hva som kan representere suicidalitet. 4 av 5 syns at SSF overveiende tilfører nyttig informasjon til bruk i behandlingen, og at SSF er et egnet supplement til kartleggingen av suicidalitet på AKU. Alle behandlerne syntes at SSF bør fortsette som prosedyre etter at

pilotprosjektet er avsluttet, slik at dette blir en implementert del av behandlingen på AKU. Overfor aktuelle pasienter som behandlerne hadde behandlingsansvar for, ønsket alle at SSF ble benyttet for å kartlegge selvmordsproblematikk.

Diskusjon

Dette utvalget av akuttpsykiatriske inneliggende pasienter angir et gjennomsnittelig høyt lidelsestrykk observert ved score på kjernespørsmålene i SSF. Den interne sammenhengen mellom begrepene viser at disse representerer uavhengige mål og at ingen av begrepene er overflødige. Det eneste begrepet som har signifikant sammenheng til liggetid, er psykisk smerte. Testing av kodemanualens reliabilitet gav resultater som var lavere enn tidligere utført studie (Jobes 2004). Den erfarte nytteverdien viser seg å være positiv både for miljøpersonal og behandlere. Videre følger en drøfting av resultatene i lys av studiens problemstillinger.

Utvalg og gjennomsnittscore på SSF elementer

Utvalget i denne studien må anses å være en høyrisikogruppe bestående av akutt innlagte pasienter med suicidalitetsproblematikk. Dette utvalget trenger omfattende behandling og ivaretagelse. Det er derfor ikke overraskende at vi fant et høyt gjennomsnittlig lidelsestrykk. Når det gjelder kjernespørsmålene, ser det ut til at kvinner og menn opplever belastning nokså likt når dette uttrykkes tallmessig. De tallmessige uttrykkene kan likevel være vanskelige å oversette til et klinisk anvendbart språk som forklarer pasientens opplevelse av tilstanden. Selv om pasienten angir høye verdier, kan vi ikke være sikre på om pasienten virkelig opplever å ha en betydelig belastning i forhold til de aktuelle kjernespørsmålene. Hvilke svar pasienten gir i SSF vil kunne være påvirket av ulike faktorer. En utfordring i forhold til tallverdier er at pasienter vil ha ulike terskler for hvor mye belastning de opplever å håndtere. Pasienter vil derfor også kunne fremstå med ulike lidelsesuttrykk, selv om de har angitt samme score. En pasient som angir høyeste score på psykisk smerte vil samtidig kunne oppleve å håndtere denne tilstanden, mens en annen pasient med samme score vil kunne oppleve tilstanden som uutholdelig. Derfor må man spørre pasienten ytterligere om hvilken grad pasienten opplever å mestre den aktuelle belastningen, og hvordan det oppleves å ha en slik belastning. Man kan tenke at faktorer som påvirker svarene er pasientens ærlighet, motivasjon, hva som ønskes kommunisert og forventninger til behandling. Disse faktorene vil kunne spille en rolle både ved høye og lave scoringsverdier. Det vil ikke være urimelig å tenke at pasienter vurderer hvilke behandlingsmessige konsekvenser som følger etter angitt score.

Eksempelvis: ”Hva skjer dersom jeg forteller hvor forferdelig jeg har det?”, ”hva skjer dersom jeg innrømmer at det ikke er så ille nå?”, ”vil tilstanden min bli gitt mindre oppmerksomhet dersom jeg skårer lavt”? Man kan derfor tenke at pasienter i noen tilfeller ønsker å kommunisere høyt lidelsestrykk for å sikre at tilstanden blir ansett som alvorlig, eller f. eks for å få et fortsatt tilbud om opphold i døgnavdeling. Samtidig vil pasienter kunne skåre lavere for å slippe å gå inn i problematikken på det aktuelle tidspunktet. Selv om teorien til Shneidman (1993) sier at selvmordsfaren er overhengende når psykisk smerte, stress og indre uro er på sitt høyeste, vil det ut fra overnevnte resonnement være vanskelig å overføre dette til å gjelde høye score i SSF isolert sett. Teorien vil i flere tilfeller kunne stemme, men man kan ikke uten videre anta at selvmordsfaren er overhengende. Dette fordi man ikke vet den faktiske belastningen. Disse forholdene sier noe om viktigheten av at terapeuten har en aktivt spørrende rolle i gjennomgangen av SSF. Sammenlignet med studien til Conrad (2009) ligger gjennomsnittscoren på de fem elementene litt høyere hos dette utvalget, med unntak av selvhat som ligger noe lavere. Begge utvalgene er inneliggende pasienter, men det er ikke beskrevet i Conrad (2009) hvorvidt utvalget er innlagt på en akutt-, intermediær- eller langtidsavdeling. Kriterier som kvalifiserer til innleggelse på akuttpsykiatrisk avdeling er eksempelvis at pasienten er i fare for å skade seg selv eller andre, eller vurdert å ikke være i stand til å ta vare på seg selv. Dette kan imidlertid også variere mellom ulike land og med helseadministrative og juridiske forhold. I vårt utvalg er pasientene enten innlagt etter eget initiativ eller av helsepersonell som er bekymret for pasientens liv og helse. SSF ble brukt overfor pasienter som hadde det til felles at de hadde et eksplisitt eller implisitt ønske om å motta hjelp. Ved tilstander hvor pasienter har tanker om å avslutte livet sitt, kan man også forvente høye verdier på flere av kjernespørsmålene i SSF. En bekymring knyttet til utfyllingen er om pasienten, i en tilstand av vonde følelser og krise, evner å skille mellom begrepene i SSF. Ut fra pasientens aktuelle situasjon, vil det ikke være utenkelig at flere pasienter skårer samtlige av de fem variablene høyt. Spørsmålet er om dette vil være et uttrykk for generell lidelse som ikke lar seg formidle gjennom de bestemte begrepene, og dermed uttrykkes ved å skåre høyt på samtlige? Dette kan bli besvart ved å undersøke den interne sammenhengen mellom variablene.

Intern sammenheng mellom de fem psykologiske begrepene i SSF

Korrelasjonsanalysen av kjernespørsmålene i SSF (Tabell 2) viser at det ikke er noen høye korrelasjoner mellom de ulike begrepene. Sett i forhold til resultatene til Conrad (2009), er korrelasjonsverdiene gjennomsnittelig lavere i mitt utvalg. Dette styrker evidensen for at de fem begrepene er relativt uavhengige mål og ikke overflødige i forhold til hverandre. Det tyder også på at SSF er utformet slik at også informanter med så høy problembelastning som i dette utvalget er i stand til å skille mellom begrepene. De rapporterte skårene er derfor ikke bare et uttrykk for et generelt lidelsestrykk. Selv om gjennomsnittscoren er høyere i mitt utvalg enn det var i utvalget til Conrad (2009), har dette altså ikke ført til at den interne sammenhengen mellom begrepene har blitt høyere. For pasienter som legges inn i akutt krise, og opplever sin egen situasjon som uoverkommelig, vil kunne bli vurdert til å ikke være i stand til å samle seg rundt skjemaet. Det er ikke uvanlig å anta at disse pasientene vil skåre høyest score på samtlige av begrepene fordi man tror de er opptatt av å uttrykke problem og lidelse, fremfor refleksjon rundt tilstandens relasjon til begrepene i SSF. At korrelasjonen mellom begrepene ikke er høye, er et tegn på at kvantifiseringene varierer i scoringsverdi på skalaene. Respondentene evner å skille mellom de psykologiske begrepene i SSF, samt å relatere tilstanden sin til begrepene. Vi har allerede spekulert i flere faktorer som vil kunne påvirke pasientens svar, men det er også faktorer som bidrar til at de fem begrepene fremstår som uavhengige mål. Man kan tillegge skjemaets design og utforming en viss betydning. At hver kvantifisering etterspør en beskrivelse (f eks; ”det jeg opplever som mest smertefullt er:...”) vil kunne ha en modererende effekt på hvor høyt variabelen skåres. At pasientene på forhånd blir forklart viktigheten av å gi beskrivelser i tillegg til scoringsverdien, kan bidra til at pasienten tenker seg ytterligere om før skåren angis. Dette kan medføre at pasienter som i utgangspunktet ville scoret høyt, modererer scoringsverdien til et nivå som er nærmere den faktiske belastningen.

Inter-rater reliabilitet

Resultatene som angår enigheten mellom koderne på skjemaet sett under ett ($k = .50$), vurderes å være for lavt i forhold til kodemanualens statistiske formål. Dette er et resultat som er klart lavere enn hva et tidligere studie har funnet (Jobes 2004). En forklaring på dette, kan være den betydelige forskjellen på utvalgene mellom studiene. Man kan anta at polikliniske pasienter gjennomgående formulerer utsagn

som lettere lar seg plassere inn i de bestemte kategoriene enn akuttinnlagte pasienter. Faktorer som er positive for polikliniske pasienter er at de har planlagt poliklinisk tid, med roligere omgivelser enn ved en akuttinnleggelse. Pasienter som møter opp til poliklinisk time vil også kunne antas å ha en viss motivasjon, tid til å forberede seg og dermed også bedre muligheter til å beskrive tilstanden. Den solide enigheten mellom koderne i Jobes' studie, kan være et resultat av at opplæringen er gitt av de som utviklet kodemanualen, og som derfor hadde god erfaring med å kode utsagn. Begge koderne ville dermed ha et nokså likt utgangspunkt før kodingen startet. I min studie fikk ikke koderne opplæring utover hva som er beskrevet i kodemanualen. De veiledende opplysningene som sto beskrevet i kodemanualen, gav en god beskrivelse av hvilke utsagn som skulle plasseres innfor hver av kategoriene. Jeg ville derfor undersøke om kodemanualen ville fungere dersom man kodet uten videre opplæring i kodemanualen. Indre uro skiller seg ut ved å ha en klart lavere kappa enn de fire andre elementene, noe som viser at denne variabelen representerer utsagn som er vanskeligere å kategorisere entydig. Beskrivelser som er spesifikke og entydige kan lettere plasseres i en bestemt kategori, mens beskrivelser som er vage, generelle og lite spesifikke vil ofte kunne plasseres innfor flere kategorier. Dermed vil slike beskrivelser være vanskeligere for koderne å plassere innfor samme kategori. Hvor konkrete pasientens beskrivelser er, kan være relatert til hvor god veiledning pasienten fikk i forkant og underveis i utfyllingen av SSF. Dersom miljøterapeutene ikke har hatt fokus på å veilede pasienten til å konkretisere utsagn, kan også den ønskede kvaliteten på utsagn bli mer tilfeldig. Dette kan også føre til at den kliniske anvendbarheten av slike utsagn blir redusert. I motsetning til polikliniske pasienter, vil nok pasienters tilstand være mindre forutsigbar ved akuttinnleggelse. Noen pasienter er overveldet av et emosjonelt lidelsestrykk med en begrenset evne til refleksjon, mens andre har en klar oppfatning av hvilke faktorer som påvirker negativt. Ut fra mine resultater kan man argumentere for at kodemanualen ikke bør brukes til statistiske formål uten at det er gitt omfattende opplæring både i forhold til koding og hvordan man praktisk anvender SSF. Det er viktig å presisere at beskrivelsene ikke utelukkende er avhengig av god intertetterreliabilitet for å tjene sin kliniske hensikt. Dersom den kliniske informasjonen som ligger i beskrivelsene er spesifikk og konkret, vil dette regnes som nyttige for den som kartlegger suicidalitet. Slike beskrivelsene vil også kunne bidra til å gi et bedre innblikk i hva suicidaliteten dreier seg om hos den enkelte pasient.

Sammenheng mellom kjernespsørsmål i SSF og liggedøgn

Den eksterne sammenhengen mellom kjernespsørsmålene i SSF og liggedøgn viser at den eneste signifikante korrelasjonen til liggedøgn er psykisk smerte (.416). De andre fire begrepene har derimot lite eller nærmest ingen sammenheng med liggedøgn. Vi ser altså en signifikant sammenheng som viser at liggetiden blir lenger når psykisk smerte skåres høyt. Dette er en indikator på at pasienter som kjenner på mye psykisk smerte ved innleggelse, ofte trenger lenger ivaretagelse på akuttavdelingen enn de som ikke har det. En tidligere studie har vist at SSF kunne plassere pasienter innenfor to grupper i forhold til hvor lang tid pasientene brukte på å løse sine suicidale problemer. Den ene gruppen representerte suicidalitet som løste seg en del raskere enn den andre gruppen (Conrad 2009). En faktoranalyse viste at stress og indre uro representerte suicidalitet som var forbigående innenfor kort tid, mens psykisk smerte, håpløshet og selvhat representerte suicidalitet som var vedvarende over tid (ibid). Hvis stress og indre uro er emosjonelle tilstander som ofte er forbigående innenfor kort tid, er det heller ikke forventet at disse faktorene har sammenheng med forlenget liggetid. Håpløshet og selvhat regnes å være kognitive tilstander (Beck 1985, Baumeister 1990) utviklet gjennom kognitive prosesser. Dette gjør at håpløshet og selvhat, i dette perspektivet, ikke betraktes som tilstander som oppstår akutt, men utvikles over tid. Man kan spekulere i om dette kan være en medvirkende faktor til at de isolert sett ikke har noen påviselig sammenheng til behandlingstiden i akuttklinisk sammenheng. Selv om håpløshet og selvhat er påvist ved suicidalitet som vedvarer over tid, ser det ut til at tilstanden ikke oppleves som påtrengende ubehagelig. Tilstander med høy grad av håpløshet og selvhat ser, isolert sett, ikke ut til å være forbundet med lengre liggetid. Psykisk smerte er en emosjonell tilstand som kan oppstå akutt og er beskrevet som en påtrengende og drivende emosjonell smerte (Shneidman 1993). Symptomene ved emosjonell smerte kan derfor ha vesentlig betydning for pasientens opplevelse av emosjonelt lidelsestrykk. Graden av psykisk smerte kan være en indikator på hvor høyt pasienten føler at dette trykket er. Det kan derfor se ut til at jo høyere lidelsestrykket oppleves, jo større sannsynlighet for lenger behandlingstid.

Opplevd nytteverdi for miljøpersonell og behandlere.

Tilbakemeldingene fra behandlere og miljøterapeuter er positive når det gjelder evaluering av skjemaets egenskaper som form og innhold. Både miljøpersonalet og behandlere opplever samtidig at skjemaet i seg selv er et nyttig verktøy å bruke sammen med suicidale pasienter. For miljøterapeutene er dette en ny tilnærming i forhold til å kartlegge selvmordsfare. Deres positive tilbakemeldinger kan bety at prosedyren har innfridd ønsket om en mer aktiv rolle i forhold til å kartlegge denne problematikken. Det vil også være grunn til å tro at den nye prosedyren har bidratt med å gi bedre forutsigbarhet, både for miljøterapeuter og behandlere. Etter hvert som erfaringen med SSF økte, har prosedyren også kunnet åpne for mer terapeutisk bruk. For behandlere vil prosedyren gi bedre forutsigbarhet i forhold til miljøterapeutenes bidrag til kartleggingen av selvmordsfare. Behandlerne ser ut til å anse den nye prosedyren som et nyttig supplement til den helhetlige vurderingen som de er ansvarlige for. Når det gjelder hvorvidt SSF gir betydningsfull klinisk informasjon, er det mindre enighet i begge gruppene. Flertallet mener likevel at SSF overveiende gir klinisk relevant informasjon. Begge gruppene sett under ett, viser at 70% deler denne meningen. Dette inkluderer både de som administrerer SSF og de som bare baserer seg på informasjon innhentet av andre, og som således står utenfor gjennomgangens kontekst. For de som leser pasientens svar uten selv å ha vært tilstede når skjemaet ble gjennomgått, vil den kliniske kvaliteten være avhengig av pasientens evne til å beskrive sin tilstand. Et skjema som bare inneholder kvantitative data, vil jo gi mindre informasjon enn skjema som også inneholder kvalitative beskrivelser. Man vil derfor være opptatt av å få frem klinisk relevante opplysninger som kan benyttes i behandlingen. 4 av 5 behandlere, som i dette tilfellet ikke har administrert prosedyren, angir at SSF tilfører nyttig informasjon og er et egnet supplement til kartlegging av suicidalitet. Det er en styrke at SSF kan delegeres og administreres av annet personal enn den som har behandlingsansvar for pasienten. Respondentene i denne studien har gjennomgått SSF såpass tidlig i behandlingsforløpet at det ofte ikke har vært utfyllende opplysninger knyttet til pasientens opplevelse av suicidalitet fra før. Innkomstsamtalen skal innebefatte kartlegging av suicidalitet, men det er også mange andre forhold rundt pasientens tilstand som skal kartlegges i denne samtalen. Kartlegging av boforhold, økonomi, rusmisbruk, sosialt nettverk, tidligere sykehistorie og aktuell psykiatrisk status, i tillegg til kartlegging av suicidalitet, tilsier at det ofte ikke er tid til å gå særlig inn på

de enkelte områdene i denne samtalen. Bruk av SSF tidlig i behandlingsforløpet har derfor kunnet gi behandlerne en bedre oversikt på pasientens suicidale problemer, slik at disse igjen kunne adresseres i den neste samtalen med pasienten.

Psykometriske skjemaer trenger en viss kontinuitet i bruken for å opprettholdes som del av behandlingen (Jobes 2006). For at ikke SSF skal forsvinne ut av klinikken, vil det derfor være nødvendig med regelmessig opplæring i – og bruk av prosedyren. Den praktiske erfaringen ved bruk av SSF har vært at prosedyren oftest tar relativt kort tid å gjennomføre, og at de aller fleste pasientene fullfører skjemaet uten større problemer. Dette er faktorer som, i en akuttpsykiatrisk sammenheng får SSF til å fremstå mer anvendelig enn større psykometriske instrumenter. Vi ser at pasientene benytter seg av muligheten til å formulere egne beskrivelser, noe som forteller mye om hvilke problemer pasienten anser som betydningsfulle i den aktuelle situasjonen. Gjennomgåtte skjemaer har blitt tatt opp i det tverrfaglige teamet, hvor pasientenes perspektiv har blitt diskutert. For å møte pasientens behov på en best mulig måte har man sett på pasientenes beskrivelser i forhold til hvilke behandlingsmessige tilpasninger man kan gjøre. En av de viktigste erfaringene, er at prosedyren sikrer at pasienten tidlig i forløpet har fått mulighet til å formidle og tematisere suicidalitet. Det er skjedd en endring i miljøpersonalets bidrag til kartlegging av selvmordsproblematikk gjennom pilotprosjektet. Den nye prosedyren har ført til at denne oppgaven i mindre grad baseres på individuelle ferdigheter og kunnskap om suicidalitet (f eks; relasjonskompetanse, videreutdanning og interesse). Den standardiserte og systematiske prosedyren har ført til at miljøpersonalet har fått et felles utgangspunkt for hva som skal kartlegges og hvordan denne oppgaven utføres.

Avslutning

Styrker og svakheter

Undersøkelsen av hvordan Suicide Status Form (SSF) fungerer i norsk oversettelse, har både styrker og svakheter. Metodologiske styrker er at jeg har brukt et representativt klinisk materiale, bestående av akuttinnlagte pasienter. Dette er en særlig risikoutsatt gruppe som er høyst relevant i selvmordsforebygging generelt. Innsamling av data er gjort av miljøterapeuter med klinisk erfaring og relasjonskompetanse. Det har vært tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er brukt en autorisert norsk oversettelse av SSF, noe som sikrer at den norske oversettelsen er forenelig med den originale versjonen. Det har blitt benyttet anerkjente vitenskapelige metoder, både i statistiske analyser og ved innsamling av data. En svakhet ved studien er at undersøkelsen av den erfarte nytteverdien av SSF baserer resultatet på et begrenset sett med spørsmål til et lite utvalg informanter. Særlig gjelder dette utvalget av behandlere, som kun teller fem respondenter. En annen svakhet er testingen av kodemanualens inter-rater reliabilitet. Ut fra gjeldende resultater, vet man ikke om resultatet skyldes manglende opplæring av kodere eller utvalgets nedsatte evne til å beskrive problemer. Det hadde vært mulig å gi opplæring til to nye kodere, gjennomført prosedyren på nytt, for deretter å sammenligne resultatene, men begrenset kapasitet har forhindret meg å gjøre dette i denne omgang.

Oppsummerende konklusjon

Denne studien har vist at suicidale pasienter som legges inn på akuttpsykiatrisk avdeling angir et gjennomgående høyt lidelsestrykk ved innleggelse. Sett i et tallmessig uttrykk, er det liten forskjell mellom kjønn. De tallmessige uttrykkene kan oppleves svært forskjellig, noe som vil være avhengig av ulike terskler for hvor mye belastning hver enkelt opplever å mestre. Det er begrenset intern sammenheng mellom kjernespørsmålene og denne studien bekrefter at de fem begrepene psykisk smerte, stress, indre uro, håpløshet og selvhat ikke er overflødige i forhold til hverandre, og representerer selvstendige mål. Dette betyr at de psykologiske dimensjonene i SSF også fungerer i norsk oversettelse. Inter-rater reliabilitetsanalyse viste at kodemanualen for kvalitative beskrivelser ikke fungerte tilfredsstillende. Forklaringer på dette kan være utvalgets manglende evne til å gi beskrivelser som lar seg kode, men mer sannsynlig skyldes det manglende opplæring

av koderne. Det kan også være relatert til hvor god veiledning pasienten fikk i forkant og underveis i utfyllingen av SSF. Denne studien konkluderer med at kodemanualen ikke bør benyttes uten at det gis utvidet opplæring til koderne. Når det gjelder kjernespørsmålenes sammenheng til behandlingstid, viste det seg at psykisk smerte var eneste begrep forbundet med lenger liggetid på avdelingen. Det ser ut til at høy grad av psykisk smerte fører til lengre behandlingstid. Den erfarte nytteverdien viste seg å være positiv for behandlingspersonalet, og overordnet ser det også ut til at SSF er et verktøy som fungerer godt for miljøterapeutene som administrerer prosedyren. Den nye prosedyren har ført til at miljøterapeutene både har fått konkretisert og standardisert kartlegging av selvmordsproblematikk, og i tillegg fått et felles utgangspunkt for hvordan prosedyren utføres. Informasjonen som ble innhentet ved bruk av SSF, ble av behandlerne vurdert å være klinisk anvendbar. Dette viser at informasjonen i SSF har klinisk relevans også for de som ikke administrer prosedyren. Både miljøpersonalet og behandlingspersonalet ønsket at SSF skulle bli en implementert del av behandlingen etter at pilotperioden var over. SSF er nå planlagt implementert som fast prosedyre for kartlegging og vurdering av selvmordsfare på AKU.

Litteraturliste

Altman, D. (1991) *Practical statistics for Medical research*. London: Chapman and Hall.

Baumeister R. F. (1990) *Suicide as Escape From Self* American Psychological Association Inc. (90 – 113)

Beck A.T. Brown G.K. Berchick R.J. Stewart R.A. & Steer R.A. (1990). *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*. American journal of psychiatry 147, (190-195)

Beck A.T. Steer R.A. Kovacs M. & Garrison B. (1985). *Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version*. Journal of clinical psychology, 44, (499-505).

Brown, G. (2007) *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*. Funnet på:
www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId

Cavanagh J-TO. Carson A. Sharpe M et al. (2003) *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*. Psychol Med; 33: (395-405).

Conrad A. K. et.al. (2009). *A Psychometric Investigation of the Suicide Status Form II with a Psychiatric Inpatient Sample*. Suicide and Life-Threatening Behavior 39 (3) June.
The American Association of Suicidology.

Jobes, D. A., Jacoby, A. M., Cimboic, P. & Hustead, L. A, T. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. Journal of Counseling Psychology, 44, (368 – 377)

- Jobes D. (2004) *Describing Suicidality: An Investigation of Qualitative SSF Responses*. The American Association of Suicidology, 34 (99 – 112).
- Jobes, D. (2006) *Managing Suicidal Risk, A Collaborative Approach*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). *Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes*. In D. M. Stoff & J. J. Mann (Eds.), *Neurobiology of suicide*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Mork, Erlend. Mehlum, Lars. Walby, Fredrik. (2009) *Selv mord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold*. Suicidologi, 14 (2) (8 – 11).
- Range, L. M. (2005). *The family of instruments that assess suicide risk*. Journal of psychopathology and Behavioral Assessment, 27 (133-140).
- Ruud, T., Gråve, R. & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie (SINTEF – rapport A310)*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Paris, J. (2007). *Half in love with death*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pearson, J.L., Stanley, B., King, C.A. & Fisher, C.B. (2001). *Intervention research with persons at high risk for suicidality: Safety and ethical considerations*. Journal of Clinical Psychiatry, 62 (25) (17-26).
- Qin P. Agerbo E. Mortensen P. B. (2003) *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997*. Am J Psychiatry, 160 (765-772).
- Statistisk Sentralbyrå/ dødsårsaker. Statistikk ble funnet på:
<http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

Shneidman, E. (1993) *Suicide as psychache; a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Aronson

Sosial- og helsedirektoratet. (2008) *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Veland, M.C. (2009) *Selvord Status Skjema:- En mulighet for pasienter å utrede sin suicidal tilstand?* Prosjektoppgave, Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, UIO.

Veland, M.C. Walby, F.A. (2010) *Implementering av Suicide Status Form på akuttpsykiatrisk avdeling*. Suicidologi, 15 (3) (17 – 19).

Walby F. A. Odegaard E. Mehlum L. (2006) *Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case-control study with blinded raters*. Journal of Affective Disorders 92 (253 – 260)

Walby, F. A., Odegaard, E. & Mehlum, L. (2005). *Risk Factors for completed suicide in psychiatric inpatients*. In XXIIIth Congress of International Association for Suicide Prevention. Durban.

Wråle, G B. (2009) *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Selvvalgt Litteratur

Baumeister R. F. (1990) *Suicide as Escape From Self* American Psychological Association Inc. (90 – 113) (13 sider)

Beck A.T. Brown G.K. Berchick R.J. Stewart R.A. & Steer R.A. (1990). *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*. American journal of psychiatry 147, (190-195) (5 sider)

Beck A.T. Steer R.A. Kovacs M. & Garrison B. (1985). *Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version*. Journal of clinical psychology, 44, (499-505). (6 sider)

Brown, G. (2007) *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*. Funnet på:
www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId (16 sider)

Busch, K.A. og Fawcett, J. A. (2005). *Fine-grained Study of Inpatients Who Commit Suicide*. Psychiatric Annals, 34 (5), (8 sider)

Cavanagh J-TO. Carson A. Sharpe M et al. (2003) *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*. Psychol Med; 33: (395-405). (10 sider)

Conrad A. K. et.al. (2009). *A Psychometric Investigation of the Suicide Status Form II with a Psychiatric Inpatient Sample*. Suicide and Life-Threatening Behavior 39 (3) June. The American Association of Suicidology. (12 sider)

Fog, J. (1994) *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Akademisk forlag. (100 sider)

Frankl V. (1959) *Man's search for meaning*. Beacon Press. (165 sider)

Guimón J (ed) *The Body in Psychotherapy*. Int. Congress, Geneva 1996. Basel, Karger, 1997, pp 46-51 (5 sider)

Henden, J. (2008) *Preventing Suicide. The solution Focused Approach*. John Wiley & sons Ltd. (154 sider)

Hermundstad G, (1999) *Psykiatriens Historie*. Ad Notam Gyldendal. (262 sider)

Hjelmeland, H. Knizek, B.L. (2010) *Why we need qualitative research in suicidology*. Suicide and life-threatening Behavior 40 (1) (74 – 80). The American Association of Suicidology. (6 sider)

Holme I. M. & Solvang B. K. (1998) *Metodevalg og Metodebruk*. Tano Aschehoug. (130 sider)

Hummelvoll, J,K (1997) *Helt- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS. (560 sider)

Jobes D. (2004) *Describing Suicidality: An Investigation of Qualitative SSF Responses*. The American Association of Suicidology, 34 (99 – 112). (11 sider)

Jobes, D. (2009) *The CAMS Approach to Suicide Risk: Philosophy and Clinical Procedures*, Suicidologi, 14 (1) (3-7). (4 sider)

Joiner, T. (2005) *Why people die by suicide*. Harvard university press. (186 sider)

Joiner T. & Rudd D. (2000) *SUICIDE SCIENCE Expanding the Boundaries*. Kluwer Academic Publishers. (215 sider)

Kutcher, S. og Chehil, S. (2007). *Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals*. Canada: Blackwell Publishing. (2 sider)

Linehan, M. M. (1997). *Behavioral treatments of suicidal behaviors: Definitional obfuscation and treatment outcomes*. In D. M. Stoff & J. J. Mann (Eds.),

Neurobiology of suicide. New York: Annals of the New York Academy of Sciences. (10 sider)

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. *Epidemiologi*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2003. (200 sider)

Malt, Retterstøl og Dahl (2003) *Lærebok i Psykiatri*. Gyldendal Norsk Forlag AS. (ca 500 sider)

Maris, R. W., Berman, A. L., Maltsberger, J. T. & Yufit R. I. *Assessment and prediction of suicide*. The guilford press, New York, London 1992. (200 sider)

Mork, E., Mehlum, L. & Walby, F. (2009) *Selv mord ved depresjon med psykotiske symptomer og bipolar lidelse: forekomst, risikofaktorer og nevrobiologiske forhold*. Suicidologi, 14 (2) (8 – 11).

Murray H. A. (1938) *Exploration in personality*. New York: Wiley. (80 sider)

Nordentorft M (2005) *Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization*. (reprinted) ARCH GEN PSYCHIATRY/VOL 62, APR 2005 (5 sider)

Orbach I. (2003) *Mental Pain and Suicide*. Isr J Psychiatry Relat Sci Vol 40 No.3 (191-201). (10 sider)

Orbach I. (2003) *Mental Pain and Its Relationship to Suicidality and Life Meaning*. Suicide and Life- Threatening Behavior, 33 (3 – 11). (8 sider)

Paris, J. (2007) *Half in love with death*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc (180 sider)

Paasilinna, A. (2007) *Kollektivt selvmord* (263 sider)

Pearson, J.L., Stanley, B., King, C.A. & Fisher, C.B. (2001). *Intervention research with persons at high risk for suicidality: Safety and ethical considerations*. Journal of Clinical Psychiatry, 62 (25) (17-26). (9 sider)

Qin P. Agerbo E. Mortensen P. B. (2003) *Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997*. Am J Psychiatry, 160 (65-77). (12 sider)

Range, L. M. (2005). *The family of instruments that assess suicide risk*. Journal of psychopathology and Behavioral Assessment, 27 (133-140).

Roy. A. (1982) *Risk factors for suicide in psychiatric patients*. Archives of General Psychiatry, : (ca 250 sider)

Rudd, D. (2003) *Warning signs for suicide?* Suicide and Life-Threatening Behavior, 33 (ca 100 sider)

Rudd, D (2006) *Suicide Warning Signs in Clinical Practice*. Current Psychiatry Reports, 10 (4 sider)

Schibbye, Anne -Lise Løvlie, (1988). *Familien: Tvang og mulighet*. Oslo: Universitetsforlaget. (30 sider)

Shneidman, E. (1993) *Suicide as psychache; a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Aronson. (80 sider)

Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. (49 sider)

Statistisk Sentralbyrå/dødsårsaker. Statistikk ble funnet på:
<http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

Veland, M.C. (2009) *Selv mord Status Skjema:- En mulighet for pasienter å utrede sin suicidal tilstand?* Prosjektoppgave, Videreutdanning i selvmordsforebyggende arbeid, UIO. (30 sider)

Veland, M.C. & Walby, F.A. (2010) *Implementering av Suicide Status Form på akuttpsykiatrisk avdeling*. Suicidologi, 15 (3) (17 – 19). (4 sider)

Walby F. A., Odegaard E. & Mehlum L. (2006) *Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization. A nested case–control study with blinded raters*. Journal of Affective Disorders 92 (253 – 260) (7 sider)

Yufit, R. & Lester, D. (2005) *Assesment, treatment and prevention of suicidal behavior*. John Wiley & Sons, Ink. (80 sider)

Wråle, G B. (2009) *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Gyldendal Norsk Forlag AS. (130 sider)

Totalt: Ca 4070 sider

Obligatorisk pensumliste

18.9.08

Bakketeig, L. & Magnus, P. (2003). *Epidemiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 1-6, 10, 16-18 (90 sider)

Dalland, O (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 1-6 (113 sider).

*Dyregrov, K & Dyregrov, A. Siblings after suicide – "The Forgotten Bereaved" (2005). *Suicide and Life-Threatening Behavior* 35, 6, 714-724 (11 sider) SSFF

Herrestad, H. & Mehlum, L. (red) (2005). *Uutholdelige liv*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap. 1-11, 13, 14 (169 sider)

Hawton, K. (ed) (2005). *Prevention and treatment of suicidal behaviour*. New York: Oxford University press (370 sider).

Hawton, K. & Van Heeringen, K. (eds). (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chicester: Wiley. Part 3 og 4 (240 sider)

LivingWorks Education og VIVAT (2001). *Førstehjelp ved selvmordsfare*. Tromsø: Lundblad media

*Malterud, K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger (2002). *Tidsskr Nor Lægeforen* 122:2468-72 (4 sider). SSFF

Mehlum, L. (red). (2002). *Tilbake til livet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. (450 sider)

*Müller, O. Barn som etterlatte etter foreldres selvmord. Noen teoretiske og kliniske refleksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* 1997, 34, 859-867 (8 sider) SSFF

*Retterstøl, N., Ekeberg, Ø., Mehlum, L. (2002). *Selv mord: Et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 1 (11 sider) SSFF-nett

*Silverman, M. (1996). Approaches to suicide prevention: A focus on models. I Ramsay, R.F. & Tanney, B. L. (eds.). *Global trends in suicide prevention: toward the development of national strategies for suicide prevention*. Mumbai, Tana Institute of Social Sciences. Kap 2 (s. 25-94) (70 sider). SSFF

*Silverman, M et. al. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale and Methodology (2007). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 3, 248-263 (15 sider) Bibsys

Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (27 sider).

*Weisæth, L. & Dalgard, O.S. (2001). *Psykisk helse: Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 19. (12 sider) SSFF

*Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. London: Penguin. Kap. 9 og 10 (37 sider).

*Caspi A, Moffitt TE, Newman DL, Silva PA. Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 53, 1996 (1033-1039) (7 sider) SSFF

*Bille-Brahe, U. Durkheim revisited. *Suicidologi* 2007, 2, s. 3-5 (3 sider) SSFF-nett

Jobes, D. (2006). *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach*. New York: The Guilford Press. (222 sider)

K= kapitler fra litteratur

*= tilgjengelig i nettverson

Pensum for emnet "PSA4000 – Introduksjon til temaområdene selvmord, rus, vold og traumer", høsten 2009/våren 2010 Oppdatert: 18. november 2009

Introduksjon til fenomenene

Anthony, JC WLKR. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* ; 2: 244-268. (25 s)

Balvig, F. (1999). Fra voldens nutidshistorie. I: R. Saur (red), *Voldens ofre - vårt ansvar: rapport fra nordisk fag- og forskningskonferanse*. Oslo: Høgskolen i Oslo. Ss 22–53. (31 s) K

Berger, P., Berger, B. & Kellner, H. (1974). On the obsolescence of the Concept of Honor. I: P. Berger, B. Berger & H. Kellner (ed), *The homeless Mind*. New York: Vintage Books. S. 83- 96. (14 s)

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929. (7 s) K

Bridge, J., Goldstein, T., Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), s 372-394. (22 s) K

Brunvatne, R. (1997). Flyktningers psykiske helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid. I: N. Sveaass & E. Hauff (red), *Flukt og fremtid. Psykososialt arbeid med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. S. 101-117. (16 s)

- Clausen, T, Anchersen, K. & Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1-3):151-157. (7 s)
- Creamer, M., Burgess, P., & McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31, 1237-1247. (11 s) K
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008): Kvinner og alkohol. Oslo: Universitetsforl. Kap. 2 og 3. (44 s)
- Dyb, G. (2008) Seksuelle overgrep. I: Ø. Kvello (red), Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø. Oslo: Gyldendal akademisk. 431-444. (13 s) K
- Fekjær, H. O. (2009). Rus, 3. utg. Gyldendal. Kap 1-7, 19, 25, og tillegg s 377-397. (77 s)
- Gelles, R. J, Loseke, D. R., og Cavanaugh, M. M. (Eds.). (2005): Current controversies on family violence. Thousand Oaks, Ca: Sage. Introduction + Section 1, s 5-45. (40 s) K
- Haaland, T. & Clausen, S. E. (2005). Vold utenfor hjemmet. I: T. Haaland, S. E. Clausen, B. Schei (red), Vold i parforhold – ulike perspektiver. (NIBR-rapport 2005:3), 43-54. (11 s) <http://www.nibr.no/publikasjoner/rapporter/100/>
- Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books. Kap.1-2, s 7-50. (42 s)
- Herrestad, H. & Mehlum, L. (red) (2005): Uutholdelige liv. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap. 13 og 14, s 207 – 242. (35 s)
- Hjemdal, O.K., Pape, H. & Stefansen, K. (2004). Innledning. I: H. Pape og K. Stefansen (red), Publikasjonsserie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Rapport nr. 1. side 10-14. (4 s) K
- Hjemmen, A., Dalgard, O., & Graff-Iversen, S. (2002). Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn – to ulike verdener? Resultater fra anonym spørreundersøkelse blant 40-42- åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud. *Norsk Epidemiologi*, 12 (3), 275-280. (5 s) K
- Horverak, Ø. (2007). Det norske drikkemønsteret: En studie basert på intervjudata fra 1973-2004. (SIRUS rapport nr. 2). Kap. 20 (valgbart: Sammendrag, s 195-207) <http://www.sirus.no/internett/alkohol/publication/348.html>
- Johnsen, M. P. (2008). A Typologi of Domestic Violence: Intimate terrorism, Violent resistance, and Situational Couple Violence. Boston: Northeastern University Press. Kap. 1 "Controle and Violence in Intimate Relationships", 5-24. (19 s)

- Jonassen, W. (2009). Voldsutsatte kvinners erfaringer med hjelpeapparatet. Internt notat NKVTS. (11 s) K
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. (13 s) K
- Killén, K. (2008). Omsorgssvikt og barnemishandling. I: Ø. Kvello (red), Oppvekst: om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø. Oslo: Gyldendal akademisk. 445-469. (24 s) K
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer. Oslo: Kommuneforl. Kap. 2-3, 5 (46 s) NY
- Krohn-Hansen, Christian. (1993). En kryss-kulturell tilnærming til vold? *Norsk Antropologisk tidsskrift*, 4(1), [52]-64. (13 s)
- Lien, I.-L (2003): Å finne seg sjæl. I: Engelstad, F. og Ødegard, G. (red), Ungdom, makt og mening. Oslo: Gyldendal Akademiske. (23 s) K
- Lien, I.-L. (2002). The Dynamics of honor in Violence and Cultural Change. A case from an Oslo inner city district. I: Tor Aase (Ed.), *Tournaments of Power. Honor and revenge in the contemporary world*. Aldershot: Ashgate. S. 19- 47. (28 s)
- Mehlum, L. (1999): Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforl. Kap. 2, s 20-39 (19 s) + Kap. 16, s. 253-287. (35 s)
- Nutt, D., King, L. A., Saulsbury, W. & Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*. 369 (9566):1047-1053. (7 s)
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. J., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991. (8 s) K
- Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). Selvmord - et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Akademisk. Ss. 11-21 (10 s) + kap. 2, s 22-46. (44 s)
- Silverman, M et. al. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 3, 248-263. (15 s)
- Skog, O. J. (2006). Alcohol and the so-called prevention paradox: how does it look today? *Addiction*, 101(2):155-158. (4 s)
- Skog, O. J. (1985). The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction*; 80(1):83-99. (17 s) K

Skeie, I., Brekke, M., Lindbaek, M. & Waal, H. (2008). Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: a retrospective cohort study. *BMC Public Health*, 8:43. (35 s)

Stene, R. (2003). Vold og trusler i 20 år. Samfunnsspeilet 2003 01/01.
<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200301/01/art-2003-03-26-01.html>

Teeson, M., Degenhardt, T. & Hall, W. (2009). Addictions, Psychology Press. Kap 1, 2, 3 og 4, 5- 9. (98 s)

Weisæth, L. (2002). The European history of psychotraumatology. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 443-462. (10 s)

WHO: World report on violence and health (2002). "Violence by intimate partners". Kap. 1, side 3-19, kap. 4, side 87 -113 og kap. 6 – "Sexual violence" s.149-174. (67 s)
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

Wikan, Unni (2008): Om ære. Oslo: Pax Forlag. Kap. 5 og 6

Øverlien, C. (2007). Barn som opplever pappas våld mot mamma - vad säger forskningen? *Nordisk sosialt arbeid*, 27(4), 238-250. (12 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper. *Brithish Medical Journal*; 315(7101):180-183. (4s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Getting your bearings (deciding what the paper is about). *BMJ*; 315(7102):243-246. (4 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Statistics for the non-statistician. I: Different types of data need different statistical tests. *BMJ*; 315(7104):364-366. (3 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Statistics for the non-statistician. II: "Significant" relations and their pitfalls. *BMJ*; 315(7105):422-425. (4 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Papers that report drug trials. *BMJ* ; 315(7106):480- 483. (4 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Papers that report diagnostic or screening tests. *BMJ*; 315(7107):540-543. (4 s)

Greenhalgh T. (1997). How to read a paper: Papers that tell you what things cost (economic analyses). *BMJ*; 315(7108):596-599. (4 s)

Greenhalgh T. (1997). Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *BMJ* ; 315(7109):672-675. (4 s)

Greenhalgh T, Taylor R. (1997). Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ*; 315(7110):740-743. (4 s)

Grimes, A., Schulz, K.F. (2002). An overview of clinical research: the lay of the land. The Lancet, vol 359, ss 57-61. (4 s)

Grimes, A., Schulz, K.F. (2002). Bias and causal associations in observational research. 4
The Lancet, vol 359, ss 248-252. (4 s)

Grimes, A., Schulz, K.F. (2002). Cohort studies: marching towards outcomes. The Lancet, vol 359, ss 341-345. (4 s)

Grimes, A., Schulz, K.F. (2002). Case control studies: research in reverse. The Lancet, vol 359, ss 431-434. (4 s)

Grimes, A., Schulz, K.F. (2002). Descriptive studies: what they can and cannot do. The Lancet, vol 359, ss 145-149. (4 s)

Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer (1997). Coming to terms with the terms of risks. Archives of General Psychiatry 1997, Vol 54, ss 337-347. (10 s)

Kraemer, H. C. (2008). Towards non-parametric and clinically meaningful moderators and mediators. Statistics in Medicine, vol 27, ss 1679-1692. (13 s)

Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer (2001). How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. American Journal of Psychiatry, vol 158, s. 848-856. (8 s)

Mehlum, L. (red). (1999). Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforl. Kap. 3, s 42-53. (11 s)

Strang, A.B. & Ager, A. & Centre for International Health Studies Queen Margaret University College, Edinburgh. Building a Conceptual Framework for Psychosocial Intervention in Complex Emergencies: Reporting on the work of the Psychosocial Working Group. (6 sider) <http://www.ishhr.org/conference/articles/strang.pdf>

van der Veer, G. (2008). Developing relevant knowledge and practical skills of psychosocial work and counselling. Intervention: International journal of mental health, psychosocial work and counselling in areas of armed conflict. 6(2), s. 132 - 139. (8 s)

Intervensjon, forebygging og behandling

Befring, E. (2008). Forebygging i en psykososial kontekst. I: E. Befring og R. Tangen (red), Spesialpedagogikk. Oslo: Cappelen. Kap 7, s. 170-192. (22 s) K

Dybdahl, R. Christie, H.J. & Eid, J. (2006). Psykososialt arbeid med barn og familier som er asylsøkere og flyktninger i Norge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43(12), s 1300-1308. (8 s)

Ekblad, S. & Jaranson, J.M. (2004). Psychosocial Rehabilitation. I: J. P. Wilson & B. Drozdek., Broken Spirits. New York: Brunner-Routledge. Kap. 23, s. 609 – 636. (27 s) K

Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. I K. Hawton. (ed), Prevention and treatment of suicidal behaviour. New York: Oxford University press, kap. 12, s. 197-215. (18 s) K

Horverak Ø (2007): Det norske drikkemønsteret. SIRUS rapport nr. 2, kap. 20 s 195-207. (13 s) <http://www.sirus.no/internett/alkohol/publication/348.html>

Jensen, T. (2007) Hvordan kan vi forstå og hjelpe barn og ungdom som har vært utsatt for traumer? I: H. Haavind & H. Øvereide (red), Barn og unge i psykoterapi: Bind I. Oslo: Gyldendal akademisk. S. 295-327. (32 s) K

Mehlum, Lars (red) (1999): Tilbake til livet. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Kap. 5 og 6, s 86- 116. (30 s)

Meyer, M. (1995). Stressforebyggende tiltak i flyktningemottak. Sykepleien nr 3/95. (4 s)

Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R. & Fox, L. (2006), Integreert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser, Oslo: Universitetsforlaget, kap 1-2. (29 s) K

Najjar, F., Weller, R. A., Weisbrot, J. & Weller, E. B. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder and Its Treatment in Children and Adolescents. Current Psychiatry Reports, 10:104–108. (5 s) K

Pedersen, W. (2006). Bittersøtt. Universitetsforl. Kap 9, s. 183-198. (15 s) K

Raundalen, M. & Schultz, J.H. (2006) Krisepedagogikk: hjelp til barn og ungdom i krise. Oslo: Universitetsforl. Kap 3, 61-87 & 8, 217-230. (39 s)

Ravndal, E. (2003). Forebygging av narkotikamisbruk blant ungdom – politisk talemåte eller nyttig tiltak. I: O. Berg, A. J. Søgård, S. Selikowitz, O. Aasland (Red.), Medisin og samfunn, Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag. Oslo: Unipub. (14 s) K

Rudd, M. D., Williams, B. & Trotter, D. R. M. (2009). The psychological and behavioural treatment of suicidal behaviour. What are the common elements of treatments that work? I: D. Wasserman og C. Wasserman (eds), Oxford textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A global perspective. New York: Oxford university press. Kap 58, s 427-437. (11 s) K

Varvin, S. (2008) Flyktning pasienten. Universitetsforl. Kap. 3, s. 35 – 52 og Kap. 5, s. 68 – 87. (37 s)

Waaktaar, T., Christie, H., m.fl (2004): How can young people's resilience be enhanced? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol 9(2):167-183. (17 s)

Weisæth, L. & Dalgard, O.S. (2001). *Psykisk helse: Risikofaktorer og forebyggende arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 19. s 389-400. (11 s) K

Etikk, juss og personvern

Christie, N. (1986). The Ideal Victim. I: E. Fattah (red), *From Crime Policy to Victim Policy*. London: Macmillan. S. 17 – 30. (13 s) K

Helse- og omsorgsdepartementet.(2000). Rundskriv til endring av forskrift om beboernes rettighets og bruk av tvang i institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Rundskriv I-7/2000. (13 s)
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2000/i-72000.html?id=108639>

Herrestad, H. & Mehlum, L. (red). (2005). *Uutholdelige liv*. Kap. (6), 7, 11, s (84-107), s. 108-132 og s. 173-191. (56 s)

Lov om sosiale tjenester kap 6 Særtiltak overfor rusmiddelmisbrukere (8 s)
www.lovdatab.no

Rusmisbrukeren og forskeren, Rapport 1/2009, s. 37-121.
 Rapporten vil bli delt ut på forelesning

Skjørten, K. (1994). Problemer ved bruk av legalstrategi mot vold og seksuelle overgrep i familien. *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskap*, 81(3), s. 280-294. (14 s) K

Skjørten, K. (2004). Kvinnemishandling – kunnskap og politikk. *Kvinneforskning* nr. 3/04, s. 63- 75. (12 s) K

WHO: Veileder om dekning av selvmord i media. (22 s)
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf

Simonsen, S., & Nylenna, M. (2005). *Helseforskningsrett: Den rettslige regulering av medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 3, 4, 10 (75 sider)

Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1, 2, 5, 11, 19 og 20 (130 sider)

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk. (300 sider)

Wenneberg, S. B. (2000). *Socialkonstruksjonism: Positioner, problem och perspektiv*. Helsingborg: Liber. Kap- 1, 5-8, 18

Silverman, D. (2007). Innumerable inscrutable habits: Why unremarkable things matter. In D. Silverman, A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about qualitative research (s. 11-36). Los Angeles: Sage.

Silverman, D. (2006). Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction. Los Angeles: Sage. s 109-148 og 336-344 (48 sider)

Widerberg, K. (2010). Med samtalen som utgangspunkt. Om veivalg og kunnskapsmuligheter ved intervjuing. I D. Album, M. N. Hansen, & K. Widerberg (red.), Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning (s. 219-235). Oslo: Universitetsforlaget. (16 sider)

Skjørten, K. (2005). Medieprisme på vold mot kvinner. Tidsskrift for Kjønnforskning, 4, 4-20.

Heath, S., Brooks, R., Cleaver, E., & Ireland, E. (2009). Researching young people's lives. Los Angeles: Sage. s. 79-115 (45 sider)

Tiller, P. O. (2010). Barns medvirkning i forskning om barns levekår. Barn, 28(4), 71-79. (8 sider)

Backe-Hansen, E., & Vestby, G. M. (1995). Når barn bidrar i barneforskningen: Ethiske spørsmål. Skriftserie nr. 2. Oslo: Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora.

Punch, S. (2002). Research with children. The same or different from research with adults? Childhood, 9(3), 321-341. (20 sider)

Artikler

Cutcliffe, J. R., Joyce, A., & Cummins, M. (2004). Building a case for understanding the lived experience of males who attempt suicide in Alberta, Canada. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 305-312.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1999). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (1996). Feltmetodikk: Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirmayer, L. J. (2004). The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor and mechanism. British Medical Bulletin, 69, 33-48.

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus-groups. BMJ, 311, 299-302.

Larsson, S. (1993). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogik*, 13(4), 194-211. 16s

Lieblich, A., Zilber, T., & Tuval-Mashiach, R. (1998). *Narrative research: Reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks: Sage. Kap. 1, 8

Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: Quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 304-310.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S.

(1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72.

Laake, P., Hjartåker, D., Thelle, D. S., & Veierød, M. (red.) (2007). *Epidemiologiske og kliniske forskningsmetoder*. Oslo: Gyldendal akademisk. Kap 1-11

Silverman, D (2007). On finding and manufacturing qualitative data. In D. Silverman, *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about qualitative research*. Los Angeles: Sage.

Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. 2. utg. London: Sage. S. 1-14

Wærdahl, R. (2101). Den fremmede. I D. Album, M. N. Hansen, & K. Widerberg (red.), *Metodene våre. Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (s. 235-253). Oslo: Universitetsforlaget.

Becker-Blease, K. A., & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61(3), 218-226.

Aveyard, H (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. London: Open University Press. Sid. 5-22.

Ikke-obligatorisk pensum:

Pettersen, R. C (2008). *Oppgaveskrivingens ABC. Veileder og førstehjelp for høgskolestudenter*. Oslo: Universitetsforl.

Rus

Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforl. Valgbart pensum ca. 75 s. fra denne boken

Mueser, K., Noordsy, D., Drake, R. & Fox, L.

Berg, E. (2002). Terapeutisk offentlighet – en kompleks hybrid. Hvorfor avbryter (en del) innvandrere behandlingen? *Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift*, 19, 171-185

Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. (2008): Kvinner og alkohol. Oslo: Universitetsforl. Kap. 4 og 6.

Horverak, Ø. (2007). Det norske drikkemønsteret: En studie basert på intervjudata fra 1973-2004. (SIRUS rapport nr. 2).
<http://www.sirus.no/internett/alkohol/publication/348.html>

Pedersen, W. (2006). Bittersøtt. Universitetsforl.

Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. (2006). (IS-1370). Oslo: Sosial og helsedirektoratet
http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/tiltaksplan_for_redusert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern_50321

Tørrisen, T. (2008). Psykisk helsevernloven i kortversjon til bruk i allmennpraksis. www.sykehuset-innlandet.no/stream_file.asp?iEntityId=11033

Vold og traumer

Gelles, R. J., Loseke, D. R. & Cavanaugh, M. M. (2005). Current controversies on family violence. Thousand Oaks, Calif.: Sage Voldsfenomenet:

Hjemmen, A., Dalgard, O. S. & Graff-Iversen, S. (2002): Volden som rammer kvinner og volden som rammer menn – to ulike verdener? Resultater fra en anonym spørreundersøkelse blant 40-42 åringer i 1990-1994 i Akershus og Buskerud. Norsk Epidemiologi, 12(3), s. 275-280, 6 sider

Eisikovits, Z., Winstock, Z., et al. (2002). "Structure and Dynamics of Escalation From the Victim's Perspective." i Families in Society, [Ikke tilgjengelig digitalt!] 83: 142-152, 11 sider

Winstok, Z., Eisikovits, Z., & Gelles, R. (2002). "Structure and dynamics of escalation from the batterer's perspective" i Families in Society, 83, 129-141, 13 sider [Ikke tilgjengelig digitalt!]

Wenche Jonassen (2005): "Marching on the spot? Dealing with violence against women in Norway" i Tackling men's violence in families i Eriksson, M. et al: Nordic issues and dilemmas, The Policy Press, Bristol, UK, s. 83-100, 18 sider

Tiltak mot vold i nære relasjoner i Norge: Justis- og politidepartementet (2003): Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner. NOU 2003:31, utvalgte kapitler

Kelly et al (2008): "Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions" i Family Court Review 46(3),

476-499, 24 sider

Forebygging/behandling:

Wenche Jonassen "Voldsutsatte kvinners erfaringer med hjelpeapparatet", artikkel utarbeidet i forbindelse med undervisning om vold i nære relasjoner, NKVTS sept. 2007, 10 sider

Marius Råkil (2002): Menns vold mot kvinner: behandlingserfaringer og kunnskapsstatus, Universitetsforlaget, Oslo, utvalgte kapitler

Jacobsson, Katarina (1997): "Den misshandlede kvinnan i den rättsliga processen" i: Monika Olsson og Gunilla Wiklund (red.): Våld mot kvinnor, Brå-rapport 1997:2. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, ? sider

Rettsprosessen:

Skjørten, Kristin: Lov og rett mot familievold? Pax forlag A/S, Oslo 2002. 180 sider.
Kristin Skjørten (2004): "Kvinnemishandling – kunnskap og politikk" i Kvinneforskning nr. 3/04, s. 63-75

Kristin Berntsen (2005): "Hjelperens rolle – i arbeidet med voldsutsatte kvinner og deres barn", Kriesentersekretariatet, Oslo, 51 sider
Aktuelle veiledere i arbeid med voldsutsatte kvinner: Elin Skogøy (2008): "Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn", NKVTS 81 sider

Selv mord

Wasserman D. & Wasserman C (red) (2009). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention, A global perspective. Oxford University Press.
s. 1-90

